FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Année 1887-1888 N° 89.

DE L'EMPYÈME

Historique, Indications, Méthode antiseptique et Chirurgicale.

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1888

PAR

Arthur-Martial GUY

Aide-Médecin de la Marine,

Né au CONQUET (Finistère), le 8 avril 1862.

Examinateurs de la Thèse :
MM. PICOT, professeur, *Président*.
VERGELY, professeur.
BOURSIER, agrégé. — *Juges*.
PIÉCHAUD, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Nouvelle A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Année 1887-1888 N° 89.

DE L'EMPYÈME

Historique, Indications, Méthode antiseptique et Chirurgicale.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1888

PAR

Arthur-Martial GUY

Aide-Médecin de la Marine,

Né au CONQUET (Finistère), le 8 avril 1862.

Examinateurs de la Thèse :

MM. PICOT, professeur, *Président.*
VERGELY, professeur.
BOURSIER, agrégé. } *Juges.*
PIÉCHAUD, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Nouvelle A. BELLIER & Cie

16 — RUE CABIROL — 16

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES .... Doyen. — M. DENUCÉ .... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ .... } Professeurs honoraires.
MICÉ .... }

	Messieurs.
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU et FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enf.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes	MM. VENOT.
Clinique chirurgic. des enf.	PIÉCHAUD.	Maladies mentales	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements .... | Chimie .... M. CARLES,

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

DE MA GRAND'MÈRE

DE MON ONCLE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur PICOT

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux
Membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris

Rapporter quelques observations que nous avons recueillies dans les hôpitaux de la marine et auprès de personnes compétantes, en rappelant sommairement l'historique de l'empyème, ses indications, le procédé que la nouvelle méthode anti-septique a consacré : tel est le but modeste auquel nous avons résolu d'atteindre en prenant pour guide les plus récents ouvrages des auteurs qui se sont spécialement occupés de cette question; trop heureux si ces quelques notes peuvent apporter un renseignement utile à ceux qui les parcourront.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Dr Picot qui a bienveillamment accepté la présidence de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE

« Pratiquée dès la plus haute antiquité, l'opération de l'em-
» pyème doit son origine, dit la fable, au désespoir d'un
» certain Phalès ou Jason qui, cherchant la mort au milieu des
» combats, reçut un coup de lance dans la poitrine, et il fut
» ainsi délivré d'un empyème dont personne ne voulait entre-
» prendre la cure. Galien prétend qu'en Grèce on le pratiquait
» en enfonçant un fer rouge à travers le thorax après s'être
» assuré de l'existence de la collection de pus; du temps
» d'Hippocrate, on ouvrait un des derniers espaces intercos-
» taux avec un bistouri ou avec une large lancette garnie de
» linge jusqu'à quelque distance de la pointe. Dans la crainte
» d'évacuer trop vite toute la matière morbide, d'autres perfo-
» raient la deuxième cote au moyen du trépan et fermaient
» ensuite le trou avec un bouchon ou une tente (Velpeau).

» Celse décrit l'opération avec peu de bonheur, et la para-
» centèse presqu'oubliée, tombée en discrédit chez les Grecs
» et les Romains, n'est pas relevée chez les Arabes. Au moyen
» âge on hésite entre le fer et le feu pour pénétrer dans la
» poitrine; Paul, d'Egine avait conseillé la cautérisation du
» thorax; Haly-Ahbas rejette toute opération; de Salicet et Guy

» de Chauliac en parlent peu. Benedetti de Vigo et Ambroise » Paré ne parvinrent à tirer l'empyème qu'un moment du dis- » crédit où il était tombé, et il ne fallut rien moins que les » efforts de Fabrice pour le remettre en honneur (Trousseau). »

La principale accusation portée contre ce moyen thérapeutique, nous la trouvons dans de nombreux travaux des XVII^e et XVIII^e siècles : la pénétration de l'air dans la poitrine. Bontius. il est vrai, semble n'y pas prendre garde, mais Bertholin au contraire recommande de fermer le mieux possible les plaies de poitrine, et il faut arriver à Andouard qui maintient que l'on peut évacuer subitement l'épanchement, et cela sans inconvénients.

« Quoi d'étonnant qu'à l'époque où la paracentèse s'effectuait » dans des conditions et avec des instruments défectueux, » qu'elle fût rangée parmi les moins délicates de la chirurgie, » qu'elle restât au nombre des hardiesses qu'autorise seulement » un péril de quelque urgence, la cause résidait toute entière » dans l'insuffisance des indications (Trousseau). »

Hippocrate en montrait bien le but, mais il ne fournissait pas de signes suffisants pour reconnaître l'épanchement. Les siècles s'écoulèrent et l'on s'en tint toujours aux indications du père de la médecine.

La grande découverte de Laënnec vint changer la face des choses : à des symptômes confus et inextricables, l'auscultation substitue des éléments simples et positifs du diagnostic. Cependant Laënnec ajoutait : « L'opération de l'empyème est rarement suivie de succès. »

C'est qu'alors, malgré le diagnostic évident d'une pleurésie purulente, dont le dernier mode de guérison était l'empyème, les agents chirurgicaux thérapeutiques manquaient ou plutôt étaient insuffisants, et Velpeau, s'élevant contre cette sorte de proscription de l'empyème, disait : « On y a peut-être trop

» rarement recours, et il est encore à démontrer que l'espèce » d'anathème dont les modernes l'ont frappé soit légitime et » juste en tout point. »

Les progrès de la chirurgie, grâce à la découverte de la méthode antiseptique, sont venus anéantir les idées erronées qui faisaient de ce mode de traitement un traitement dangereux ; car ce n'était pas l'opération elle-même qui effrayait les anciens médecins : faire une incision de quelques centimètres dans un espace intercostal n'était pas une difficulté bien grande, c'étaient les suites fâcheuses qu'elle entraînait presque toujours : la septicémie, l'infection purulente et la mort.

La science est arrivée aujourd'hui à éloigner ces complications funestes ou du moins à les rendre moins fréquentes, nous le montrerons bientôt ; mais abordons auparavant les indications qui permettent d'avoirs recours à la pleurotomie.

INDICATIONS

« Pour justifier la nécessité de l'empyème dans la pleurésie » avec épanchement excessif, il est un premier fait essentiel à » établir : c'est que, contrairement à l'opinion de Louis, la » pleurésie est quelquefois mortelle (Trousseau). » Elle peut l'être par le fait d'un épanchement excessif, elle peut l'être d'une façon médiate en devenant le point de départ d'accidents auxquels les individus succombent tôt ou tard. Ainsi la persistance de l'épanchement, soit que le liquide épanché dans la cavité pleurale reste séreux, soit qu'il dégénère en pus, amènera la fièvre continue, la fièvre hectique qui épuisera les malades. De plus la fluxion constante vers les viscères thoraciques est susceptible de provoquer le développement de la diathèse tuberculeuse chez les individus qui portent en eux la prédisposition. Puis, en raison de sa durée, la pleurésie devient de moins en moins curable, le poumon contractant des adhérences qui l'empêchent à jamais de reprendre sa place dans la cavité thoracique et de remplir les fonctions dont il est chargé.

« Les indications d'Hippocrate s'appliquaient à des affec- » tions très diverses, l'hydropisie de poitrine, l'épanchement » hemorragique purulent et surtout l'hydropneumothorax.

» Il donnait comme signe absolu le phénomène de la succus-
» sion (Trousseau). »

Du reste, il est peut-être intéressant de rapporter ce passage tiré de son livre : *Des pronostics :*

« Les signes qui font reconnaître la suppuration interne,
» soit l'empyème ou la vomique, sont ainsi indiqués : la fièvre
» ne cesse point, elle est plus faible le jour et plus forte la nuit;
» il naît des sueurs abondantes, il y une petite toux et des
» envies de tousser sans expectoration remarquable, les yeux
» paraissent aussi plus enfoncés, les pommettes des joues rou-
» gissent, les ongles des mains se courbent, les doigts sont
» brûlants surtout aux extrémités, les pieds s'enflent, l'appétit
» se perd, et il vient des pustules sur la surface du corps. »
Dans un autre traité sa « Physiologie », il semble indiquer qu'il faille avoir recours à l'opération : « l'art de la médecine ne
» peut juger visiblement les collections de pus qui se forment
» dans la poitrine, ni les abcès du foie et des reins, ni en géné-
» ral les dépôts situés dans le ventre : il n'est personne qui
» l'ignore, mais l'art ne sait-il pas découvrir le mal par d'autres
» moyens, car il interroge la voix claire ou rauque et les diffé-
» rentes sortes de fluxions qui ont continué de se manifester
» par les excrétions qui s'échappent des lieux affectés.

» Il juge aussi des odeurs, de la couleur de la fluidité de
» l'épaississement des humeurs, il en tire des signes qui non
» seulement font connaître ce que les malades souffrent mais
» encore ce qu'ils doivent souffrir. Lorsqu'on a acquis cette
» connaissance et que la nature s'est refusée d'être propice,
» l'art doit venir à son secours et trouver les moyens de la
» contraindre à se débarrasser sans secousses ni violences
» (Hippocrate). »

C'était donc là une théorie bien vague; aussi faut-il s'étonner du peu de résultats obtenus lorque des médecins se sont guidés

avec ces seuls préceptes. Mursinna, en 1811, avait pourtant obtenu deux succès sur quatre opérations, mais aux symtpômes indiqués par le père de la médecine il avait joint, comme accompagnant toute pleurésie purulente avec épanchement, l'odème des extrémités inférieures et du scrotum et quelquefois à la percussion un son mat tout à fait parliculier.

« Depuis, les auteurs sont presque tous d'accord sur les » signes qui doivent guider le praticien, lorsqu'il se résoud à » faire l'empyème, mais ils ne précisent guère. La persistance » des symptômes de pleurésie, un dépérissement plus ou moins » marqué, les menaces de suffocation, la petitesse du pouls, etc., » y contraignent, c'est l'avis d'Heyfelder. L'on doit aussi » examiner la force de résistance du sujet, car la suppuration » abondante qui s'établira quelques mois après l'ouverture » de la poitrine sera pour lui une cause de dépérissement » très marqué. Ainsi je ne crois guère à la guérison d'un » vieillard peu robuste à qui l'on aurait pratiqué la plémo- » tomie. Dans la statistique de Sédillot (*Traité de l'empyême*) » la moyenne des gens guéris avaient de quinze à trente ans, » le plus âgé avait quarante ans. L'ancienneté du pyothorax » est sans contredit une circonstance défavorable à l'opération, » ce qui est dû à l'atrophie du poumon refoulé ; cependant » cet effet n'est pas constant. Hippocrate fixait à quinze jours de » l'épanchement le moment de l'opération, mais ordinairement » on peut attendre plus longtemps. Les complications de tuber- » cules et de pneumonie sont défavorables : il importe donc » bien de constater l'état des organes et surtout celui des » poumons. Toutefois il n'est pas démontré que l'existence de » quelques tubercules soit d'une contre indication absolue de » l'opération ; tout est, je le répète. de préciser le cas où cette » opération est indispensable, et c'est là le point le plus difficile (Valleix). »

Il ne faudrait pas non plus trop tarder à intervenir, c'est l'opinion de Dieulafoy et plus anciennement de Tavernier qui s'exprime ainsi : « Si la présence du liquide séreux ou » purulent dans la cavité des plèvres est positivement re- » connue et que les moyens usités dans le traitement de » la pleurésie chronique pour provoquer la résorption de » l'épanchement soient sans succès; si du reste rien ne fait » soupçonner que son évacuation va avoir lieu par les » crachats ou par un abcès extérieur, il faut se hâter de lui » donner issue au dehors au moyen de la paracentèse du » thorax et ne pas attendre autant qu'on le peut que le » marasme se soit emparé du malade. Cette opération, qui » porte le nom d'empyème, présentera d'autant plus de » chances de succès que le sujet sera jeune, fort, bien dis- » posé au moral et exempt d'affection organique du pou- » mon, que la nutrition se fera mieux, que l'épanchement » sera moins ancien, et que, par conséquent, d'une part le » liquide qui le forme aura subi moins d'altération et pourra » être évacué avec facilité, et que d'autre part le poumon » affaissé depuis peu de temps pourra plus aisément se dila- » ter de nouveau (Tavernier). »

On pourrait, il est vrai, recourir à la simple ponction au moyen de l'appareil Potain ou Dieulafoy, intervention dont les suites laissent peu de traces.

« Mais de plus il peut n'y avoir pas que du pus dans la poi- » trine, la cavité de la plèvre peut contenir en outre d'épais » flocons fibrineux, des paquets de fausses membranes, des » portions sphacelées du poumon, des fragments de poches » hydatiques, toutes choses qui ne peuvent pas sortir par le » tube placé dans la poitrine, et alors l'opération de l'empyème » est de nécessité absolue (Péters). »

La ponction au trocart ne permet d'évacuer souvent que d'une

manière incomplète la cavité thoracique, et, lorsque l'épanche ment est abondant, le poumon refoulé à la partie supérieure de la cage, plissé sur lui-même, ne saurait se déplier brusquement sans amener d'accidents graves. On est alors forcé d'arrêter la ponction, qui souvent même ne donne pas de résultat lorsque l'épanchement est purulent, et que de fausses membranes viennent obturer la canule.

« Si pour telle ou telle raison le médecin retardait le moment » d'intervenir, que deviendrait la terminaison du mal ? trois » modes de fins sont possibles : 1° la résorption; 2° l'ulcération » du tissu pulmonaire et l'évacuation par les voies aériennes; » 3° l'ulcération des parois thoraciques et l'écoulement du » pus au dehors. La conduite à tenir semble donc être tracée » par la nature qui montre les vraies indications du traitement. » La résolution de l'épanchement doit être tentée par tous les » moyens en notre pouvoir; dans le cas où on ne l'obtient » pas et où la mort devient inévitable il reste pour dernière » resource d'ouvrir artificiellement la poitrine et de favoriser » l'écoulement du pus. La présence de tubercules dans le » poumon, d'autres maladies concomitantes manifestement » mortelles, un épuisement complet des malades sont autant » de contre-indications (Sédillot). »

Cet auteur tranche assez nettement la question dans le cas d'épanchement dont la purulence est reconnue, mais il se demande si, même dans le cas de pleurésie aiguë avec épanchement considérable à l'époque où les symptômes fébriles sont tombés, et que l'on croit au passage de la maladie à l'état chronique, on doit avoir recours à l'opération? Il en donne des exemples où le succès couronna l'entreprise; mais la plupart des médecins répondent aujourd'hui par la négative, et il cite l'insuccès de M. Gendrin, médecin à l'Hôtel-Dieu, en admettant cette restriction : « Que cependant, dans

» le cas où l'épanchement serait assez considérable pour
» amener la suffocation et compromettre la vie mécanique
» à lui seul, l'évacuation du liquide donnerait au moins le
» temps d'appliquer le traitement convenable à la pleurésie
» et retarderaitune terminaison funeste et dans le moment
» certaine. (Sédillot). »

Nous n'insisterons pas, ne voulant avoir affaire ici qu'aux cas de pleurésie purulente bien démontrés.

Il est donc indispensable, avant d'opérer, de constater la purulence du dépôt, c'est l'avis de tous les auteurs. Nous devons ajouter de plus qu'il est de toute nécessité d'effectuer l'opération toutes les fois qu'il y a d'abondantes fausses membranes.

Constantin Paul, qui donne cette indication ne fournit pas les moyens de diagnostiquer, et c'est l'observation que lui en fait, tout en admettant l'urgence en ce cas, le Dr Ferreol (*Gazette hebdomadaire*, 1883).

Dans son *Traité de l'Empyème vrai*, le chevalier Guino Baccelli, de Rome, insiste particulièrement sur un signe spécial aux épanchements pleuraux. Nous voulons parler de l'œgophonie qui généralement marque la limite supérieure de l'épanchement. « Le pus ne transmet pas, comme les mem-
» branes solides, moins encore comme l'eau ; il communique
» au son qu'il transmet un caractère vocal particulier qui est
» l'œgophonie.

» Plus le liquide est dense, plus croît la résonnance endo-
» pulmonaire, plus diminue la conduction périphérique des
» vibrations phonétiques. »

A quel moment est-il nécessaire d'intervenir, ou plutôt doit-on procéder immédiatement par l'empyème? Nous ne le croyons pas et nous nous inspirons des préceptes de Montard Martin (*Gazette hebdomadaire*, 1883), qui ne pratique cette

opération que le plus tard possible, s'il n'existe aucun symptôme menaçant, et qui préfère d'abord mettre en usage les ponctions successives.

C'est, du reste on le verra par la suite dans les observations que nous rapportons, la méthode suivie par les maîtres. C'est aussi, autant que nous l'avons pu observer, la façon la plus sûre pour reconnaître à quel degré la purulence est arrivée, s'il existe des fausses membranes qui, dans ce cas, ne manquent pas de venir s'appliquer contre la canule du trocart empêchant la sortie de l'épanchement. C'est le moyen expérimental d'arriver au but que Constantin Paul indiquait : « Reconnaître la pleurésie purulente qui détermine l'intervention chirurgicale », intervention rendue moins dangereuse, grâce aux progrès de la chirurgie.

Du reste, « un empyème vrai peut-il être guéri avec le temps » par une de ces métamorphoses régressives que l'on voit » quelquefois survenir si heureusement ? Non, répondrais-je » en général ; mais j'admets quelques exceptions pour un » certain nombre de ces cas assez rares. Ces cas sont en effet » plutôt *possibles* que *probables*. Je ne parle pas seulement du » liquide extravasé qui peut, par lui-même, par des modifica- » tions, conduire et modifier la maladie ; qu'il s'émultionne » où que les éléments glandulaires se dissolvent dans un » sérum de nouvelle formation ; qu'il soit résorbé dans cer- » taines de ces parties, et que ces parties plastiques se » stratifient, soit enfin qu'il se décompose, ne faut-il pas » tenir compte encore de la plèvre à laquelle il peut fort bien » arriver de perdre sa puissance de néoformation et d'être » heureusement relevée de ses fonctions pyogéniques (*De* » *l'Empyème vrai*, Baccelli) ».

Donc, on le voit, les auteurs les plus autorisés sont tous d'accord pour avoir recours à la pleurotomie, lorsque l'épan-

chement intra-thoracique est de nature franchement purulente et qu'en plus il existe des fausses membranes. Sans parler des méthodes anciennes, toutes défectueuses, qui n'offrent plus d'intérêt, nous allons décrire le procédé moderne auquel tout médecin, soucieux de sa réputation, doit recourir, s'il veut avoir l'ambition presque certaine de sauver son malade ; je veux parler de la méthode antiseptique.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* de 1872, nous trouvons une communication de M. Boinet, lue par Bréclard, et dans laquelle il est dit : « que le meilleur » moyens de guérir un épanchement pleurétique purulent » est d'ouvrir largement la poitrine, soit à l'aide d'un gros » trocart, soit à l'aide d'une incision; de laisser une sonde » à demeure dans l'ouverture pratiquée dans la poitrine et de « faire des injections modificatrices. Quant à l'introduction de » l'air, il ne faut pas s'en préoccuper, il ne devient dangereux » dans les cavités purulentes que lorsqu'il y séjourne et qu'il » ne peut être renouvelé. Un point qui me paraît de la dernière » importance dans l'opération de la thoracentèse dans les » épanchements purulents, et qui, probablement, est souvent » une cause d'insuccès, c'est que la ponction ou l'incision, » faite à la poitrine, doit être pratiquée, ce qui n'a pas » toujours lieu et ce qui n'est pas toujours facile, au niveau de » la partie la plus déclive de la cavité pleurale, autrement, » l'ouverture étant faite au-dessus de ce niveau, il reste néces- » sairement du pus dans le bas-fond de la cavité pleurale, et » ce pus, exposé au contact de l'air et séjournant dans la

» poitrine, devient une cause d'accidents très graves et amène
» la mort (Boinet).

» L'opération de la pleurotomie qui était autrefois redoutée
» est devenue aujourd'hui du domaine de la chirurgie journa-
» lière, grâce aux pansements antiseptiques qui sont à la dis-
» position des médecins. Dumont Pallier prétend même qu'on
» doit considérer la pleurésie en dehors des états diathésiques,
» comme un vaste abcès et la traiter comme tel. C'est aussi
» l'avis de Poure (*Gazette hebdomadaire*, 1883).

» Pratiqué avec toutes les précautions de la méthode anti-
» septique rigoureuse et suivie de lavages antiseptiques et
» de pansements exécutés avec les mêmes précautions prises
» au début de l'opération, la pleurotomie donne des résultats
» de beaucoup préférables à ceux que l'on a pu obtenir jus-
» qu'ici, au moyen des ponctions et du lavage par le siphon.
» Evacuer complètement l'épanchement, faire un lavage
» antiseptique abondant, suivi d'une ou deux injections de
» chlorure de zinc ou de sublimé et appliquer le pansement de
» Lister, telles sont les indications du traitement. On peut
» aussi éviter les accidents redoutables de la septicémie et
» obtenir une guérison rapide, parfois même complète, après
» un seul lavage; c'est là, cependant un cas le plus rare, et
» l'on devra le plus souvent recourir à de nouveaux lavages,
» accompagnés du pansement antiseptique. On ne saurait trop
» prendre de précautions pour mener à bien la guérison d'un
» empyème, ce sont des soins journaliers très attentifs et très
» dévoués qu'il faut apporter (comme nous avons pu nous en
» convaincre par nous-même) (*Gazette hebdomadaire*, 1883). »

C'est ici le moment de rappeler le conseil de M. Peyrot :
« L'opération de la pleurotomie n'est rien en elle-même, les
» soins consécutifs sont tout (*Thèse de Paris*, 1876). »

Dans quel lieu faut-il la pratiquer?

Sédillot indique un lieu de nécessité « et un lieu d'élection.
» Bien souvent le liquide contenu dans la cavité pleurale, trop
» à l'étroit dans l'espace qui le contient, refoule les côtes,
» mortifiant les tissus, et fait saillie entre deux arcs costaux.
» Il se présente même à cet endroit une sorte de plegmon,
» dont la fluctuation est manifeste (c'est le cas qui s'est offert
» pour un de nos observés) et qui n'est autre chose qu'une
» poche pleine de pus communiquant avec le reste de la
» collection. Faire l'incision à cet endroit constitue l'ouverture
» au lieu de nécessité. Quant au lieu d'élection, il varie à
» l'infini avec les auteurs : Hippocrate opérait au niveau de la
» troisième côte à partir d'en bas; ses successeurs, entre la
» troisième et quatrième, ou quatrième et cinquième; Sédillot,
» entre les troisième ou quatrième fausses côtes (Sédillot,
» *De l'Empyème*). »

« Mais, comme le dit Wagner, le point théoriquement le
» meilleur est celui qui répond à la partie la plus déclive du
» thorax, tant dans la position assise que dans la position
» couchée. C'est le onzième espace tout près de la colonne
» vertébrale; mais, en opérant à ce niveau, on est exposé à
» pénétrer dans la cavité abdominale, comme cela est même
» arrivé en opérant dans le septième espace, et le diaphragme
» peut, par ses mouvements déranger ou comprimer le drain;
» ce sont ces considérations qui avaient fait adopter par presque
» tous les chirurgiens le quatrième ou le cinquième espace.
» Pour répondre à l'indication en évitant ces dangers, Baum,
» Koning, Schede, A. Kidd et Küster ont conseillé, après avoir
» pénétré dans la poitrine par un espace supérieur, de faire de
» dedans en dehors une contre-ouverture aussi bas que pos-
» sible; mais ce procédé compliqué n'est nécessaire que dans
» certains cas. Des expériences, faites sur le cadavre ont
» démontré à Wagner que si l'on soulève de quelques pouces

» le siège du sujet le point le plus déclive de la cavité thoraci-
» que se trouve correspondre au sixième et cinquième espace.
» tout contre le bord du grand dorsal ; c'est donc en ce point
» qu'il conseille de faire l'incision, en donnant aux malades
» aussitôt après l'opération et pendant les jours suivants
» la position que nous venons d'indiquer, dont, on peut
» seulement le déranger de temps en temps, si cela est
» nécessaire.

« Kœnig préfère aussi l'incision postérieure ; W. von Muralt,
» au contraire, croit meilleure l'incision latérale qu'il trouve
» plus commode, tant au point de vue de l'opération que pour
» les pansements consécutifs ; mais il faut alors que le malade
» reste constamment couché sur le côté opéré. Le point à
» inciser une fois choisi, on procède à l'opération après une
» nouvelle ponction exploratrice, faite au moment même;
» signalons le procédé de Kœnig qui conseille de commen-
» cer par faire la résection sous-périostée d'une côte sur
» une longueur de deux centimètres environ, et d'en-
» trer dans le thorax à travers le périoste et la plèvre; on
» fait d'abord une incision de quatre centimètres de lon-
» gueur, comprenant toutes les parties molles jusqu'au milieu
» de la côte; on introduit un élévatoire dans l'incision du
» périoste et on décolle celui-ci ; la pointe de l'instrument
» n'abandonnant pas l'os, en redoublant d'attention à la
» partie inférieure où se trouve l'artère, on coupe alors la
» côte sur une étendue de un centimètre et demi à deux centi-
» mètres avec des ciseaux à branches étroites, et l'on ouvre la
» plèvre et le périoste au milieu de l'espace ainsi découvert. Ce
» procédé serait plus simple et moins sanglant que le procédé
» habituel d'après son auteur et d'après Wagner, qui pense le
» voir adopté par la plupart des opérateurs, « bien que des con-
» frères peu habitués à la chirurgie préfèrent toujours *a priori*

» l'incision des parties molles à la résection d'une côte ». (Hache, *Revue chirurgicale.*)

Nous rappelons ici le nom de Letiévant, de Lyon, qui préconisait la résection costale et dont Estlander a vulgarisé le procédé. Mais ce mode de traitement n'est généralement employé qu'au cas où la cavité suppurant toujours il reste une fistule dont cette résection serait le dernier mode de traitement.

L'opération de l'empyème, telle que nous croyons l'effectuer, et telle que nous l'avons vue faire, se pratique de cette façon : « Le malade est assis ou même couché sur le côté sain » si cette position peut être supportée. L'opérateur, tendant » les téguments avec la main gauche, divise la peau trans- » versalement dans une étendue de cinq à six centimètres à la » partie moyenne du huitième espace intercostal et à dis- » tance égale des deux arcs osseux. Il coupe successivement, » couche par couche, les plans musculaires dans toute la » longueur de la plaie. La plèvre mise à nu, il enfonce le » doigt dans la plaie pour s'assurer de la présence de la col- » lection liquide, puis divise lentement la séreuse et, au » besoin, les fausses membranes qui la tapissent. Le pus » écoulé, la plaie est maintenue ouverte par un tube à drainage » qui s'oppose à la réunion de ses bords et laisse écouler le » pus qui se forme (Chauvel).

» Le drainage de la plèvre, imaginé par Chassaignac, » préconisé en France par Gosselin, a été aussi essayé avec » succès en Angleterre. Il est destiné à assurer la liberté de » l'écoulement du liquide et à permettre de pratiquer des » injections dans la cavité pleurale (Siredey, *Bulletin thérapeutique*, 1872). »

Les injections poussées dans la cavité pleurale doivent être antiseptiques et en aussi grande quantité qu'il est nécessaire

pour que le liquide injecté sorte en quelque sorte pur de la cavité pleurale. On peut se servir de seringues ordinaires pour pousser ces injections, mais l'irrégularité du jet, la difficulté souvent grande à introduire dans l'orifice du drain le bout de l'intrument, la fatigue qui résulte pour l'opérateur de maintenir tout l'appareil à la fois font rejeter ce moyen. Il est donc préférable de se servir de l'appareil Eguisier qui peut se charger sans bouger de place et dont le maniement est plus régulier. Au début nous voyons que Laboulbène, en 1872, se servait d'eau tiède, puis d'alcool, depuis on a employé successivement le chlorure de zinc, le permanganate de potasse, l'iode, l'alcool, l'acide phénique, l'eau boriquée et enfin le bichlorure de mercure qui donne aujourd'hui de si merveilleux résultats.

Quant à la fréquence des lavages, nous croyons qu'elle est réglée d'après l'état de purulence du liquide, sa quantité ; mais au début il est bon qu'ils soient employés au moins deux fois par jour, à la fin « cessez les injections antiseptiques, » restreignez les lavages, la cavité se fermera, quelque temps » après il n'y aura plus qu'un léger écoulement séreux. Il » suffit alors de diminuer graduellement le calibre du drain, » le pertuis se fermera de lui-même. Je me suis toujours mal » trouvé d'avoir voulu hâter la cicatrisation, soit par l'aspira- » tion, soit par la cautérisation au nitrate d'argent. C'est la » nature, la nature seule qui doit achever la guérison, il faut » respecter scrupuleusement sa lenteur. (Baccelli. *De L'Em-* » *pyème*). »

A côté de la méthode antiseptique, nous devons placer une autre mode de traitement de la pleurésie purulente ; le siphon pleural de Potain qui permet au malade de faire ses lavages lui-même, « mais il est inférieur à la pleurotomie pour deux » raisons : la première c'est l'obstruction possible des sondes,

» l'impossibilité de l'évacuation des paquets pseudo-membra-
» neux et autres débris solides, et la rétention du pus dans la
» plèvre entre les lavages, si rapprochés qu'ils soient; et la
» deuxième, c'est que, malgré toutes les précautions, on ne
» peut empêcher longtemps l'entrée de l'air et qu'on se trouve
» alors en présence de cette complication si redoutée qui a
» fait rejeter la pleurotomie sans avoir la large ouverture
» qui permet de la rendre inoffensive. » (Hache, *Revue chirur gicale*.

Nous empruntons encore à Baccelli ces quelques mots sur le régime que doivent suivre les empyèmés : « Tant
» que la fièvre dure, il faut soumettre les empyèmés à
» une diète modérée. Lorsqu'elle cesse, il est bon de com-
» mencer à leur permettre des viandes rôties saignantes, du
» beurre, du lait. Le mouvement (quand la convalescence
» s'accentue) le grand air, l'air pur, la propreté, la surveil-
» lance de toutes les fonctions, l'examen quotidien des parties
» malades doivent être l'objet de toute la vigilance du méde-
» cin. La gymnastique respiratoire par laquelle les malades
» apprennent à se faciliter les inspirations, car il ne s'agit que
» d'exagérer les mouvements respiratoires, et à mesure que le
» poumon se dilate, l'état général et l'état local s'améliorent.

MÉTHODE ANTISEPTIQUE

Statistique des résultats de l'empyème,

par MOUTARD-MARTIN.

	Guérisons.	Morts.
Pleurésie purulente d'emblie suraiguë................	9	»
Pleurésie purulente consécutive à la pleurésie sèreuse..	28	9
Pleurésie purulente consécutive à la pleurésie séreuse sans amélioration après thoracenthèse..	2	3
Pleurésie purulente avec fistule pleno-bronchique, mais sans tubercules................................	12	7
Pleurésie purulente consécutive à l'ouverture de de kyste hydratique dans la plèvre avec ou sans fistules bronchiques	7	1
Pyopneumo-thorax tuberculeux........................	»	4
Pleurésie purulente tuberculeuse......................	»	3
TOTAL...............	57	27

Observés, 84.

(*Bulletin thérapeutique*, 1882.)

Observation I (*personnelle*) inédite.

PLEURO-PNEUMONIE, ÉPANCHEMENT PURULENT CONSIDÉRABLE A DROITE.
EMPYÈME GUÉRI.

Posselais (Louis), âgé de vingt-huit ans, né à Granville, quartier-maître charpentier à bord du garde-côte cuirassé, le *Tonnant*, entre à l'hôpital maritime de Cherbourg le 8 décembre 1887, sous la rubrique : « Fièvre intermittente. Le thermomètre indiquait 40°8 de température. »

9 décembre. — Malade depuis quatre jours avait eu un violent frisson et accusait un point de côté sous mammelonnaire à droite. La toux était fréquente, l'expectoration abondante et les crachats jus d'abricots. L'examen de la poitrine dénotait une exagération sensible des vibrations thoraciques, dans la moitié inférieure du poumon droit, de la matité prononcée dans les mêmes limites, à l'auscultation, des rales crépitants éclatent par bouffées sous l'oreille.

Dans le poumon gauche, de la rudesse respiratoire.

Prescription alimentaire : Bouillon, 1/2 de vin
— *médicamenteuse :* une potion.

Potion........	Emétique..................	0 gr. 20
	Sirop diacode..............	30 gr.
	Eau de laurier cerise........	5 gr.
	Eau........................	100 gr.

Les renseignements que le malade m'a fournis sur ses antécédents, tant héréditaires que personnels, sont bons. C'est un homme d'une corpulence assez solide, grand, au visage légèrement altéré par l'affection dont il est porteur.

10 décembre. — Température 40°5, prostration assez prononcée.

12 décembre. — Température 39°2, subdelirium, la pneumonie s'est propagée au sommet gauche. Râles crépitants très abondants en avant et en arrière, expectoration moindre et difficile, oppression considérable. Respiration 44, pouls 92.

Prescription : Potion alcoolisée à 50 grammes.

Large vésicatoire sur le devant de la poitrine.

17 décembre. — Plus de toux, expectoration insignifiante, le malade prend toujours sa potion à l'alcool.

19 décembre. — Souffle tubaire aux deux bases, matité très étendue dans le poumon gauche, absence du murmure vésiculaire.

22 décembre. — Respiration gênée, pas d'expectoration, la fièvre qui était tombée depuis quelques jours le matin, se maintient légère, le soir, 38°5.

Prescription : potion......	Acétate d'ammoniaque.....	10 gr.
	Sirop de sucre...........	40 gr.
	Eau....................	100 gr.

28 décembre. — Amélioration notable à gauche. Crise d'oppression assez forte, à la suite de laquelle une ponction est faite avec l'appareil potain entre la septième et huitième côte, donnant issue à 450 grammes de pus assez lié. La fièvre tombe. La respiration s'entend un peu mieux, la matité est moins étendue, pas d'oppression.

30 décembre.— A neuf heures et demie, nouvelle crise d'oppression. Après une ponction entre la 7e et 8e côte et qui donne issue à quelques grammes de pus mal lié, on pratique l'empyème.

L'incision comprend une étendue de 6 centimètres environ dans le 8e espace, au-dessus du bord supérieur de la 8e côte.

Issue avec projection violente d'environ quatre litres de pus et de quelques paquets des fausses membranes, dont un très volumineux. Lavage de la cavité pleurale avec une solution phéniquée à 25/1000. Un drain de sept à huit millimètres de diamètre un caoutchouc rouge est placé en anse dans la plaie, puis un pansement de Lister recouvre le tout. Le soir, la température baissait

37°5, le pouls plein régulier à 92 degrés. La peau fraîche. On remarque sur le côté droit du visage deux ou trois plaques rouges irrégulières.

Prescription alimentaire : 1/4 d'aliments, ration de vins vieux.

— *médicamenteuse :* une potion avec	Tolu.	10 gr.
	Sirop morphine.	20 gr.
	Sirop d'Ipeca . . .	20 gr.

Puis une autre à l'alcool.

31 décembre. — La nuit a été calme, la respiration se fait facilement, elle est normale à gauche.

9 janvier 1888. — Le malade s'alimente bien, prend toujours ses potions, l'état général est satisfaisant, la suppuration diminue, plus de fausses membranes dans les eaux du lavage. Le pansement est fait deux fois par jour avec beaucoup de soin et toujours suivant la méthode Lister. L'irrigation se fait avec l'appareil Eguisier au bichlorure ; c'est la solution de Van Swieten qui sert.

12 janvier. — Légère exacerbation, fébrile le soir.

25 janvier. — Depuis, alternative de fièvre et de repos, le thermomètre oscille entre 37°8 et 39°4, c'est surtout après deux heures du soir que l'on constate cette température élevée.

27 janvier. — Le mieux s'accentue rapidement ; le malade mange les 3/4 d'aliments, boit la ration de vin vieux, continue sa potion alcoolisée, prend 100 grammes de quinquina, n'a plus de fièvre, tousse moins, respire avec plus de facilité, le murmure vésiculaire commence à s'entendre, en un mot, marche à grands pas vers la guérison.

Le 11 mars. — La plaie est considérablement retrécie, ce qui nécessite le remplacement du gros drain par un autre de plus petit calibre. L'écoulement souille à peine les objets à pansements, le pus est épais, bien lié. La cavité pleurale est beaucoup diminuée, si l'on en juge par la faible quantite d'eau phéniquée que le malade peut y supporter sans se plaindre. L'état général est bon. C'est ainsi que nous avons laissé le malade plein de confiance dans la guérison qui ne saurait se faire attendre. (Cherbourg, 22 mars 1888.)

Observation II (*personnelle*) inédite.

PLEURÉSIE PURULENTE TRAUMATIQUE, EMPYÈME, GUÉRISON.

Matrod (Maurice), vingt ans, né à Paris, fourrier ordinaire à bord du cuirassé, l'*Océan*, entre le 12 novembre à l'hôpital maritime de Cherbourg d'urgence avec la note : « Plaie par arme à feu ».

Le projectile qu'l s'était dirigé dans la région du cœur avait frappé en bas et un peu en dehors de la pointe, glissant sur la cinquième côte, traversant le tissu cellulaire sous-cutané et était venu se loger dans la région lombaire. Il mesurait 0,005 millimètres de diamètre et fut extrait le lendemain au niveau du bord externe des muscles de la masse commune gauche; opération qui nécessita une contre-ouverture avec section de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose superficielle. Pas de fièvre, le malade remis de son émotion mange bien. Mais on remarque, les jours suivants, que la plaie de la contre-ouverture n'a aucune tendance vers la guérison, qu'elle est rouge sur ses bords et qu'elle suppure beaucoup.

Il est juste d'ajouter que le malade n'est pas d'un vigoureux tempérament, qu'il est anémié, chétif. Pas d'antécédents personnels et héréditaires mauvais.

Le 22 novembre, vers huit heures et demie du soir, le blessé a été pris soudainement d'oppression, de palpitation et d'un violent point de côté; il ressentait, dès la veille, un peu de gêne à gauche. A l'examen de la poitrine et en arrière, on remarque une matité remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Vibrations affaiblies, mais perceptibles, pas de bruits anormaux.

Le 25, la matité augmente un peu, bruit de souffle à l'angle inférieur du scapulum; œgophonie, presque plus de vibrations. Application d'un vésicatoire, potion émetisée à 0,20 centigrammes. Bouillon, 1/2 de vin.

Douleurs abdominales vives nécessitant l'application d'un cataplasme sur le ventre et l'administration d'un lavement huileux qui ne tarde pas à produire son effet. Douleur dans l'épaule gauche, la fièvre règne avec assez d'intensité, le thermomètre monte et descend de 39°5 à 38°8, les battements cardiaques énergiques sont précipités et un peu éloignés. La pointe, légèrement déviée à droite, bat près du bord, gauche du sternum au niveau du mamelon. Pouls 140. Le 1er décembre douleurs abdominales au niveau du colon ascendant, ballonnement léger. Gêne respiratoire toujours la même, nécessitant l'application d'un vésicatoire.

Le 8 décembre ponction sans résultat dans le quatrième espace intercostal, sur la ligne axillaire. Application d'un nouveau vésicatoire. Régime lacté. Sulfate de quinine. La température normale le matin parvient à 39 degrés le soir.

Le 12, elle atteint même 40 degrés, puis elle reste stationnaire entre 38 et 39 degrés les jours suivants.

Le 17, ouverture spontanée d'un abcès au bord antérieur du grand dorsal, au niveau du dixième espace.

Le 28, la respiration est plus claire, frottements de retour en avant et en arrière, toujours de la motité, mais la dyspnée est moins grande.

Le 26, application d'un vésicatoire.

Le 30, oppression très considérable, palpitations, matité très étendue dans le poumon gauche, œgophonie, voussure, douleurs considérables pendant les mouvements respiratoires. L'opération de l'empyème est décidée. L'incision, faite dans le huitième espace, mesure 4 à 5 centimètres de longueur et répond à la partie postéro-externe de la poitrine.

Il s'écoule de la plaie environ 2 litres d'un pus fétide assez bien lié cependant. Un drain très gros est posé en anse dans l'ouverture.

Lavage phéniqué d'abord puis au bichlorure ensuite. La fièvre ne dépasse plus 38 degrés, et, trois jours après, la température se maintient à 37 degrés. Un lavage comme celui indiqué plus haut est fait une fois par jour et le pansement de Lister maintenu par un bandage de corps, est renouvelé matin et soir.

Le 12 janvier. — Les phénomènes morbides s'amendent toujours, le malade n'est plus pansé qu'une fois par jour, la fièvre n'a pa reparue, l'état général est bien meilleur, le visage du malade prend des couleurs et, sous l'influence d'une nouriture abondante et variée, les forces reviennent.

Le 31 janvier. — Le murmure vésiculaire s'entend assez distinctement, mais la respiration est cependant un peu rude en arrière et en bas.

12 mars. — La suppuration est presque tarie, le malade mange avec un appétit féroce, il a pris un certain embonpoint. Il est employé à porter le léger appareil de la salle pendant la visite. Le gros drain a été remplacé par un autre drain plus petit, la plaie tend de plus en plus à se refermer, l'état général, très bon, fait prévoir un guérison complète dans quelques semaines. (Cherbourg, 22 mars 1888.)

Observation III.

PLEURÉSIE PURULENTE. — GUÉRISON COMPLÈTE

M. le Dr Blachez présente à la Société des hôpitaux, dans la séance du 14 mars 1879, une jeune fille de quatorze ans qui a subi l'opération de l'empyème au mois d'octobre 1878.

Il s'agissait d'une pleurésie purulente, dont le début remontait à un mois environ.

La malade, d'une excellente constitution, était arrivée à un état de marasme qui mettait sa vie en danger. Les moyens habituels avaient été employés sans succès.

Après une ponction exploratrice, qui donna issue à quelques cueillerées d'un pus très fétide, l'incision du huitième espace intercostal fut pratiquée; l'opération fut très laborieuse; deux hémorragies d'une grande abondance se produisirent : la première au moment de l'incision des muscles superficiels; la seconde à l'instant où l'on débrida la ponction qui avait donné issue au pus. Cette seconde hémorragie mit la vie de la malade en danger et ne s'arrêta définitivement qu'après une heure. On avait vainement tenté de lier le vaisseau. Une grosse mèche enduite de perchlorure et introduite dans la plèvre eut enfin raison de l'hémorragie. Le lendemain, deux gros drains furent introduits et la plèvre largement lavée trois fois par jour avec l'eau phéniquée. La malade se rétablit rapidement. L'état général se modifia de la manière la plus heureuse au bout d'une quinzaine de jours. On retira, à cette époque, un des drains, et l'écoulement du pus diminuant peu à peu, on se contenta de faire des injections au moyen d'une petite seringue en gomme. Vers le milieu de décembre, la personne chargée de pratiquer les injections, crut devoir abandonner la fistule à elle-même. Au bout de

quinze jours, le pus s'accumula sous la peau, la fièvre se ralluma et il fallut réintroduire une sonde qui fut maintenue à demeure pendant huit jours, puis réintroduite tous les matins pour une injection iodée. La fistule se ferma définitivement dans les premiers jours de janvier.

Aujourd'hui, la malade est complètement guérie. La respiration est pure dans tout le côté malade, elle est seulement un peu affaiblie dans le 1/4 inférieur. La poitrine qui dans les premiers jours de décembre était fortement rétractée, s'est développée et, aujourd'hui, la déformation est à peine sensible.

(*Bulletin médical*, 1879.)

Observation IV.

ÉPANCHEMENT PURULENT, THORACENTÈSE, EMPYÈME, GUÉRISON

Le nommé B..., chauffeur, âgé de quarante ans, est couché au nº 38 de la salle Saint-Jean, à l'hôpital Necker, service de M. Bouley, supplée par M. Siredey.

Cet homme, doué d'une constitution vigoureuse et d'une bonne santé habituelle, entre à l'hôpital le 27 octobre 1887, pour une gêne très grande de la respiration. Le début de sa maladie, qu'il attribue à un refroidissement, remonte seulement à huit jours.

A la visite du lendemain, on constate un vaste épanchement occupant tout le côté gauche de la poitrine ; matité complète absolue dans les 4/5 inférieurs de la poitrine ; dilatation des espaces intercostaux, voussure de la région sous-claviculaire. Absence de bruit respiratoire ; pas de souffle, pas d'œgophonie.

Déviation du cœur à droite du sternum.

On compte quatre-vingt quatorze pulsations et trente-six respirations par minute.

Le 28. — Les signes n'ont pas changé, la dyspnée n'est pas très considérable, grâce à l'immobilité absolue du malade dans son lit. Néanmoins, en raison de l'abondance du liquide et du déplacement du cœur, nous pratiquons la thoracenthèse dans le sixième espace intercostal gauche.

A notre grande surprise, au lieu d'un liquide séreux, il sort du pus jaune, verdâtre, mêlé à des grumeaux qui oblitèrent la canule et suspendent l'écoulement. Séance tenante, M. Désormeau, appelé en consultation, pratique avec le bistouri, dans le sixième espace intercostal, une large incision qui donne issue à une grande quantité de pus. Il introduit dans la plaie une sonde en

caoutchouc, et nous constatons immédiatement le retour de la respiration dans tout le côté gauche, ainsi que l'apparition de râles muqueux.

Le 30. — État général excellent : le cœur est revenu à sa place. Pas de fièvre ; appétit. Une portion, vin de quinquina, café et eau-de-vie.

Le 10 novembre. — L'amélioration se maintient; le pus n'a pas d'odeur ; la poitrine commence à se rétracter. Le 12, le pus diminue de quantité; pas d'odeur. On pratique deux fois par jour des injections iodées.

Le 23. — La suppuration ne fournit plus que quelques cuillerées de pus, l'état général est excellent.

Le 24 décembre. — La suppuration est tarie. On retire le tube.

Le 27. — La plaie se cicatrise complètement. La respiration s'entend partout; la sonorité est normale excepté à la partie inférieure où il subsiste une matité légère; le côté affecté n'a qu'un centimètre de rétrécissement. Le malade sort guéri (*Bulletin thérapeutique*, 1872, Sircdey.)

Observation V (*personnelle*) et inédite.

PLEURÉSIE ANCIENNE, FISTULE PLEURALE, EMPYÈME. GUÉRISON.

Palud (François), apprenti gabier, vingt ans, né à Crozon (Finistère) entre à l'hôpital le 20 septembre 1886, avec cette note : « Point douloureux à gauche depuis trois jours; plusieurs petits frissons ».

Il a déjà eu une pleurésie du même côté en 1884 qui a duré depuis la fin de mai jusque dans les premiers jours de juillet. Entré à cette époque en convalescence, il est bientôt forcé de revenir à l'hôpital en septembre, où il subit l'opération de l'empyème dans le huitième espace. Issue d'une quantité de pus évaluée à quatre litres. Lavages à la solution phéniquée.

En mars 1885, nouvelle entrée à l'hôpital, mais, cette fois-ci, pour fistule pleurale. Le sujet est vigoureux, il ne ressent aucune douleur et ne tousse pas.

A l'examen du malade, on trouve la poitrine déformée, et, au-dessous de la clavicule gauche, une dépression très considérable de la paroi thoracique. Le côté gauche est aplati et il existe une saillie à la région précordiale. Les vibrations sont diminuées à gauche et en arrière. Matité dans toute l'étendue du poumon. Respiration puérile à droite dans tout le poumon, obscure à gauche avec souffle voilé en arrière. Les mêmes signes existent devant.

Du 11 mars au 18 avril, le malade reste a peu près dans le même état stationnaire avec fièvre, le soir, et apyrexie, le matin. Le 20 avril plus de fièvre, le malade semble convalescent, la fistule ne rend presque plus, il reste néanmoins à l'hôpital jusqu'en août, époque à laquelle il obtient un un nouveau congé de convalescence.

En décembre 1885, il est soumis à la commission de réforme, pour qu'il soit

statué sur son aptitude au service. Il porte sur sa feuille la mention, « fistule pleurale guérie ». Déclarée bon pour le service, il retourna à son quartier. Tels sont les antécédents morbides et personnels de cet individu, vigoureux au début, qui a contracté, d'après son assertion, cette maladie à la suite d'un refroidissement. Ses parents se portent bien.

Au 20 septembre 1886, il se plaint d'un peu de gêne respiratoire; la toux est fréquente; pas d'expectoration. L'examen de la poitrine révèle de la matité dans la 1/2 inférieure du poumon gauche en arrière et dans l'aiselle correspondante. Abolition des vibrations thoraciques, absence du murmure vésiculaire, frottements, fièvre modérée.

De cette époque au 11 octobre, alternation de mieux et de plus mal, la température s'élève quelquefois à 39 degrès.

Le 11 au soir, ouverture spontanée du côté gauche de la poitrine au niveau du huitième espace; issue d'une quantité de pus évaluée à 405 litres, ouverture agrandie au bistouri et introduction d'un drain. Lavage de la cavité à l'acide phénique. Les jours suivants, le pus s'écoule avec abondance, mais l'état général du malade est assez bon. Peu à peu, le pus se fait de plus en plus rare et, à la fin de décembre, le malade sort, cette fois, de l'hôpital parfaitement guéri (Brest décembre 1886).

Observation VI (inédite).

PLEURÉSIE PURULENTE A GAUCHE, THORACENTÈSE, EMPYÈME, MORT.

Branellec (René-Alphonse), dix-huit ans, né à Plougasnou (Finistère), apprenti timonier à bord du vaisseau école *La Bretagne* entre à l'hôpital de Brest le 4 décembre 1885 avec la note : « malade depuis trois jours, bronchite, toux avec expectoration muqueuse; douleur sous le mammelon gauche ».

Cette affection est survenue à la suite d'un refroidissement; le malade eut plusieurs frissons consécutifs de peu de durée. A son entrée à l'hôpital, dyspnée assez intense, appétit conservé, point de côté au-dessous du mammelon gauche.

Matité à gauche et en arrière, vibrations diminuées, souffle doux, œgophonie. On lui donne une potion émetisée, puis application de six ventouses scarifiées.

Température.	Matin........................	38°8
	Soir.........................	39°1

Le 6. — La matité est complète, les vibrations ne sont pas complètement abolies et l'on peut encore entendre le murmure vésiculaire.

Le 9. — Il existe des frottements en avant, le cœur n'est pas refoulé, la dyspnée est moyenne. Respiration, 28.

Potion avec	teinture de scille.........	XX	gouttes.
	— de digitale.......	XX	—

En tisane : de l'orge nitrée, à 4 grammes.

Le 11. — Les vibrations sont abolies, le murmure vésiculaire ne s'entend plus. Le malade a émis 1000 grammes d'urines dans les vingt-quatre heures, elles sont fortement colorées en rouge, donnant par l'acide azotique et la chaleur un précipité abondant d'albumine. Respiration, 24. Température 39°8, le soir. Les phénomènes morbides suivent leurs cours en faisant toujours des progrès; le 16, nous voyons que le cœur est déplacé, refoulé en bas et en dedans, que sa pointe bat dans le creux épigastrique. Il n'y a pas de bruits anormaux; le 18, la fièvre tombe le matin à 37 degrés, mais remonte le soir à 39 degrés elle oscille entre ces deux points quelques jours; l'état général devient meilleur et le poumon semble reprendre en partie ses fonctions; cependant, il existe de la matité et une légère diformation avec vaussure du côté malade.

Le 24. — Ponction dans le sixième espace avec l'appareil Potain, issue de 2.500 grammes d'un liquide purulent, le malade se trouve soulagé.

Le 27. — Frottements sous la clavicule; le 31, matité complète en avant et dans la région axillaire : deux nouvelles ponctions, une en arrière de la ligne axillaire, issue de 200 grammes de pus, l'autre en avant, issue de 1,800 grammes de pus.

Les diurétiques sont toujours maintenus dans les prescriptions, sauf la digitale; l'alcool est donné à la dose de 50 grammes, le lait à celle de 2 litres.

Le 7 janvier. — Nouvelle ponction avec l'appareil Potain, issue de 3 litres d'un liquide séreux renfermant quelques globules de pus. Comme après chaque ponction, le mieux se fait sentir immédiatement, mais il est de courte durée. Le 10, la matité reparaît de plus belle, et le 15 janvier on pratique l'empyème dans le sixième espace intercostal ou ont déjà été faites les trois ponctions, et où il existe un œdéme assez marqué. L'incision est large, la paroi a environ 6 centimètres d'épaisseur, le pus sort en grande quantité 3,000 grammes environ, et le lavage est fait avec une solution très étendne d'acide phénique. Pansement de Lister.

Le lendemain, la température tombe et le malade se trouve bien reposé. Le lavage et le pansement sont reuouvelés tous les jours.

Le 21. — On est obligé d'introduire une sonde n° 8 pour perforer une fausse membrane; aussitôt après, il sort une grande quantité de pus.

Les injections phéniquées sont remplacées par les injections boriquées. Les phénomènes morbides en étaient à cette période a peu près stationnaire, lorsque le malade déjà affaibli par cette longue et pénible affection, la mort survint presque brusquement l'enlever, le 25 janvier.

A l'autopsie fort bien faite, on trouve le péricarde très adhérent surtout à la paroi costale, il a une épaisseur d'un centimètre et demi. On est obligé de diviser les adhérences costales avec le bistouri. Le péricarde contient a peu près 200 grammes d'un liquide louche rougeâtre, de nombreuses fausses membranes flottent à sa surface. Ainsi le cœur se trouvait manifestement entravé dans ses fonctions.

Le poumon adhère aux côtes, la moitié inférieure est indurée, atelectasiée; de nombreuses fausses membranes l'unissent à toutes les parties qui l'entourent.

Nous avons tenu à rapporter cette observation, car il nous semble qu'il en résulte une leçon profitable pour tous : ne pas trop tarder à intervenir si l'on ne veut par voir survenir des complications brièvement mortelles.

Il eut été de beaucoup préférable d'opérer alors que le sujet n'offrait pas les symptômes d'affaiblissement trop marqué et alors que les signes de déviation du cœur se sont montrés. (Brest, 1885.)

CONCLUSIONS

L'opération de l'empyème, d'après la méthode que nous avons indiquée, sans résection de côte, faite avec toutes les précautions requises par la méthode antiseptique, est un moyen presque certain de guérison de la pleurésie purulente. Toutefois, il reste à considérer :

1° Que l'opération ne soit pas faite trop tardivement alors que le malade est miné par la fièvre hectique et épuisé par la suppuration;

2° Que l'âge du sujet ne soit pas en désaccord avec ce que nous avons dit, c'est-à-dire qu'il ne dépasse pas quarante ans en général;

3° Qu'une complication tuberculeuse manifeste, cachectisante, ne vienne pas entraver la volonté de l'opérateur.

Ces conditions ponctuellement observées, je ne doute pas d'un succès probable, car il est toujours bon de compter sur les complications qui peuvent survenir durant la maladie.

Enfin, « si la guérison n'a pas été constante, l'empyème a » toujours été utile, il a toujours soulagé, et, quand la mort » est survenue, elle a dû être imputée bien plus souvent à la » maladie qu'à l'opération (Siredey). »

Vu bon à imprimer :
Le Président,
J.-J. PICOT.

Vu :
Le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèse de Paris, Dr Peyrot, sur la *Pleurotomie* (13 avril 1876, n° 11).

Empyème par le procédé de Lister (*Journal-médical d'Édimbourg*, mai 1876).

De la résection costale dans l'empyème (*The London médical Record*. 15 août 1876).

Sur le traitement de l'empyème (*Bristich médical Journal*, 22 juillet 1876).

Sur un instrument pour pratiquer l'opération de l'empyème, Dr Vergely (*Bull. térapeut.*, 1877).

Leçon clinique sur le traitement de l'empyème (*The Lancet*, 20 janvier 1877).

Traitement de l'empyème, Wagner (*Berliner Klin*, 1878).

Traitement de l'empyème, Cheadle (*Lancet*, novembre 1881).

Cas d'empyème vrai (*Gazette médicale*, *Italien. Scarpori*, 1881).

Empyème (Philipson *Brit. médic*, *Journal*).

Sur l'opération de l'empyème, Mügge (*Berl. Klin. Woch.*, 14 mars 1881).

Opération de l'empyème (*Bull. thépeut.*, 1885).

Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente, Dr Guinard (Thèse de de Paris, 1884).

Du traitement de la pleurésie et de l'empyème, Aufrecht (*Berliner Klin. Woch.*, 1886).

Empyème, Bauveret (*Lyon médical*, 1882).

Empyème, Parker (*Brit. médical Journal*, juin 1883).

Pleurotomie antiseptique, Hache (*Revue de chirurgie* 1883), Comby (*Progrès médical*, 1883).

Traitement de l'empyème, Hache (*Revue chirurgicale*).

Empyème, Buchanan (Gloscow, *Médical Journal*, février 1883).

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.